41e Année. — N° 48 Vendredi 30 Novembre 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Le chancre labial et son diagnostic différentiel avec l'épithélioma de la lèvre (leçon clinique, par M. le prof. Fournier, 753. — **Bibliographie** : L'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard, par le Dr Alb. Miquet, 756. — **Revue de la presse** : Théorie de l'action antipyrique, 756. — **Académie de médecine** : *Séance du 27 novembre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Présentation de microcéphales, 757. — Action curative de l'insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux. 757. — Recherches expérimentales sur la pathogénie du coup de chaleur, 757. — Rapports de prix, 757. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 23 novembre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Angine de poitrine coronarienne, 757. — Typhlite, périty phlite et appendicite, 757. — Modifications de la toxicité urinaire par la médication réfrigérante, 758. — **Société de chirurgie** : *Séance du 28 novembre* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Polypes naso-pharyngiens, 758. — Tétanos à la suite de la plaie d'un ongle. Amputation dix-huit heures après le trismus. Mort, 759. — Hernie inguinale étranglée Persistance de l'étranglement. Pincement latéral, 759. — Hématonéphrose intermittente par épithélioma du rein et du bassinet, 759. — Hernie crurale. Kélotomie par la voie inguinale, 759. — Hydronéphrose intermittente. Néphrotomie. Mort par anurie, 759. — **Congrès français de chirurgie**, 8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre — Lésions inflammatoires des annexes, 759. — Des procédés de chéiloplastie applicables à la réparation des pertes de substance étendues des lèvres, 760. — **Premier Congrès français de médecine interne**, tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain. — *Première séance du 25 octobre.* — De la valeur clinique du chimisme stomacal. 760. — **Variétés** : De l'assistance médicale à domicile à Paris par les médecins des bureaux de bienfaisance, 763. — **Nouvelles**, 765. — **Bulletin bibliographique**, 768.

SYPHILIGRAPHIE

Le chancre labial et son diagnostic différentiel avec l'épithélioma de la lèvre.

Leçon clinique par M. le professeur Fournier.

Je vais entrer aujourd'hui dans l'histoire du chancre labial qui, il est inutile de vous le rappeler, est le plus fréquent de tous les chancres extra-génitaux.

Cette histoire est d'autant plus intéressante qu'elle est guère connue au point de vue clinique.

Le chancre labial est presque toujours unique, « solitaire » comme disait Ricord, et la statistique de ville me donne les chiffres suivants : sur 243 cas 231 chancres ; les autres 12 cas présentaient les chancres multiples qui se répartissaient de la façon suivante : 10 cas de chancre double, 1 triple, 1 quadruple. Ajoutons à ces chiffres un cas qui se produisit en province, où l'on a compté jusqu'à 5 chancres, cas probablement unique.

Son siège.

La même statistique donne : pour la lèvre inférieure 150 cas ; pour la lèvre supérieure 57 et pour la commissure 5. On peut dire que, d'une façon générale, les chancres qui siègent sur la lèvre inférieure sont deux fois plus fréquents que ceux de la lèvre supérieure.

La localisation.

Il peut siéger partout, mais le plus souvent on le rencontre à la réunion des téguments cutanés et muqueux ; il est tantôt purement cutané, tantôt purement muqueux, tantôt enfin, à cheval sur les deux téguments, comme je disais tout à l'heure. Il est médian ou latéral ; à la lèvre inférieure, souvent médian.

Abordons maintenant l'exposé des différentes formes cliniques que le chancre peut présenter.

Dans la plupart des cas, on rencontre la forme croûteuse ; cette forme, il la doit à sa localisation sur la peau. En effet, s'il siège sur le département muqueux, le chancre est dénudé.

Cette forme croûteuse se présente sous l'aspect d'une petite croûte de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ sans couleur fixe, jaune brunâtre et parfois presque noire. En parlant de cette forme, je tiens à vous indiquer une variété qu'on peut appeler « rupiale » ou « rupoïde ». Ce n'est autre chose qu'une amplification de la petite croûte qui peut arriver à 1 centimètre d'épaisseur ; c'est, en un mot, un chancre à croûte énorme.

Lorsqu'on voit pour la première fois un chancre labial de forme croûteuse simple, on ne pense généralement pas au chancre, mais plutôt à une syphilide tertiaire. Disons en passant que, lorsqu'on a affaire à la variété rupiale, les chances d'erreur sont beaucoup moins grandes, puisque son aspect frappe l'œil, et l'on se méfie.

Voyons par quels signes on peut faire le diagnostic différentiel entre le chancre labial de forme croûteuse et la syphilide tertiaire. Il y a trois signes qui permettent de faire ce diagnostic : l'adénopathie et l'absence d'antécédents spécifiques antérieurs s'il s'agit d'un chancre, la coïncidence d'accidents tertiaires s'il s'agit d'une syphilide.

Abordons maintenant, si vous le voulez, le diagnostic général de cette forme croûteuse, surtout dans les cas

où le chancre se présente sous l'aspect d'une petite croûte siégeant sur la peau. Ces cas sont un véritable piège où l'on se laisse facilement prendre. Ce petit chancre trompe souvent, et comment ne s'y tromperait-on pas? Vous avez devant vous une petite lésion ronde, ovalaire, d'aspect eczémateux. Cela ressemble à un herpès encroûteux. Et, en effet, on diagnostique l'herpès, l'eczéma, l'impétigo, tout enfin, mais pas le chancre. C'est là l'histoire de bien des malades. Combien de fois ai-je entendu un malade me dire : « J'avais un petit bouton, mon médecin m'a dit que ce n'était rien, un bouton d'herpès. »

Et c'était un chancre!

Pour éviter cette erreur fréquente, je le répète, il faut surtout faire une chose : c'est d'*y penser*, de se dire que la lésion qu'on a sous les yeux peut être un chancre.

Vous avez à votre disposition deux signes importants : 1° l'adénopathie ; 2° l'induration de la base.

En cas de chancre vous trouverez dans la région sous-maxillaire un ou deux ganglions durs et indolents; d'autre part l'induration de la base ne manque jamais; parfois très accusée, noueuse, nodulaire, elle est souvent moins évidente, parcheminée, folliacée, mais, je vous le répète, il y a toujours quelque chose, tandis que vous ne trouverez rien de semblable, s'il s'agit de l'herpès ou de l'impétigo.

Mais malgré ces signes différentiels, il faut vous méfier de deux causes d'erreur possibles. D'abord une lésion banale, sans aucun caractère spécifique, peut se compliquer d'une induration factice. Un herpès pansé avec de certain topiques, par l'acide phénique ou le sublimé par exemple, ou simplement irrité et enflammé par le grattage, peut présenter une induration assez marquée.

D'autre part, vous pouvez trouver des ganglions indurés qui soient symptomatiques de la scrofulose par exemple, ces ganglions dont Ricord disait qu'ils appartiennent au malade et non pas à la maladie, ou bien qu'ils résultent du mauvais état de la bouche.

A ce propos voilà un cas typique qui a failli me tromper.

J'étais consulté, il y a trois ans, par un jeune homme, présentant une petite lésion croûteuse à la lèvre, large environ d'un centimètre. Comme il y avait de l'induration très nette ; comme, d'autre part, il existait dans la région sous maxillaire deux ganglions gros comme des olives, nous fîmes le diagnostic de chancre. Mais, ayant appris que ce malade avait cautérisé son bouton au nitrate d'argent et arrosé largement avec de l'eau de Cologne et que, six mois auparavant, il était atteint d'un phlegmon dans la région sous-maxillaire, nous suspendîmes notre diagnostic. Et bien nous en a pris. Aucun accident spécifique ne s'est produit depuis; nous étions en présence d'une lésion chancriforme.

Ne faites donc pas de diagnostic hâtif, précipité!

Je passe maintenant à une autre forme, la forme *érosive*.

C'est un chancre qui effleure simplement le derme muqueux, sans l'entamer, et crée ainsi une petite érosion. C'est quelque chose d'insignifiant, de minime, et c'est pour cela que son diagnostic est extrêmement difficile, tranchons le mot, impossible, quant aux signes objectifs.

Les erreurs pleuvent.

Deux diagnostics faux se substituent au véritable! d'abord l'herpès, dans la majorité des cas ; ensuite la brûlure de cigarette, l'érosion par l'abus de tabac.

Ici vous avez trois signes qui vous indiqueront le vrai chemin.

I. — Examen à la loupe, examen très utile qu'on néglige ordinairement je ne sais pas trop pourquoi. Si vous voyez que la lésion présente une ligne géométrique régulière, d'une pureté mathématique, vous pouvez conclure au chancre, puisque ni l'herpès, ni l'érosion produite par la brûlure de cigarette ne présentent cette régularité. En effet le graphique de l'herpès offre toujours des sinuosités plus ou moins nombreuses ; quant à la brûlure, elle est d'une forme absolument irrégulière.

Cet examen est absolument indispensable.

II. — Examen de la base ; s'il n'y a pas d'induration, la lésion n'est pas spécifique.

III. — La présence de l'adénopathie ; ni dans la brûlure, ni dans l'herpès vous ne trouverez de ganglions.

Grâce à ces trois signes, on peut faire le diagnostic avec sûreté ; mais, en vous rappelant ce que je vous disais plus haut de la présence possible de l'induration de la base et de l'adénopathie dans les cas de lésions banales, vous réserverez votre diagnostic et attendrez les événements.

Forme papulaire.

Deux degrés : 1° sous forme de pastilles de chocolat; 2° une forme plus bombée de l'aspect d'une demi-cerise. Cette dernière atteint parfois le volume d'une véritable tumeur ; c'est le chancre hypertrophique, le chancre-tumeur. Il se compose d'une lésion ulcérative et d'une base tuméfiée, dure, rénitente.

Ce chancre-tumeur expose souvent aux plus regrettables erreurs, à cause de sa ressemblance avec l'épithélioma.

Les erreurs, je vous le répète, sont fréquentes.

Des chirurgiens un peu pressés, proposent d'enlever cette tumeur. Que dis-je! Un de mes malades a été opéré, et huit jours plus tard la roséole apparut! Voilà où en est allée la confusion.

Procédons donc à l'examen attentif des signes différentiels de ces deux affections. Ils nous permettront d'arriver au diagnostic si important, si capital dans ce cas.

Il y a trois genres de signes : signes de présomption, signes de probabilité, et enfin signes de certitude.

Voyons comment, par tous ces ordres de signes, on peut arriver au diagnostic.

Comme signe de présomption, je vous indiquerai l'*âge*, le chancre étant commun dans la jeunesse et l'épithélioma, au contraire, se rencontrant rarement au-dessous de 30 ans. Si l'on a signalé des cas d'épithélioma chez des individus de 24 à 26 ans, et d'autre part des cas de chancre chez des individus âgés, chez une femme de 66 ans, par exemple, que j'ai eue dans mon service, si ces cas-là ont été signalés, ils sont néanmoins très rares.

Passons aux signes de probabilité; ils sont presque décisifs.

I. — Surface lisse, égale dans le chancre; inégale et déchiquetée dans l'épithélioma.

II. — L'absence de bords, à proprement parler, dans le premier cas; des bords élevés, épais, ourlés, dans le second.

III. — Saignotement.

Si vous pressez légèrement entre les doigts un épithélioma, vous verrez apparaître sur sa surface des points rouges, c'est une petite hémorrhagie, un saignotement. Si vous l'essuyez avec un tampon, la ouate devient rosée. Rien de pareil ne se produit avec le chancre. Aussi est-ce de cette façon que je procède toujours dans mon service. S'il y a du saignotement, je porte le diagnostic d'épithélioma; dans le cas contraire, celui de chancre.

IV. — *L'adénopathie.*

C'est un signe excellent.

Tardive dans l'épithélioma, elle est initiale d'emblée dans le chancre. Tandis que deux ou trois semaines à peine suffisent dans le cas de chancre, pour que l'adénopathie arrive à son apogée, il faut quatre ou cinq mois pour que le même phénomène se produise dans l'épithélioma.

Si bon, si parfait que soit ce signe, il faut l'utiliser avec réserve. Rappelez-vous que dans bien des cas nous ignorons l'origine exacte du cancroïde, et que, aussi, les ganglions peuvent être antérieurs à la maladie.

V. — *Vermiotes.*

Ce sont des filaments blancs, ou des grumaux qu'on fait sortir du cancroïde par la pression; l'examen histologique les montre composés de globes épidermiques et de cellules cornées. D'après M. Dariex, ce signe serait presque un signe de certitude, étant donné qu'on ne retrouve jamais les vermiotes dans le chancre. Mais d'abord c'est un signe inconstant, exigeant ensuite un examen histologique, il est d'usage restreint.

Nous avons fini avec les signes de probabilité. Ils sont tous bons, en permettant de faire le diagnostic d'une façon cliniquement sûre, mais parfois ils sont boiteux, frustes, aucun d'eux n'étant pathognomoniques.

Nous arrivons maintenant *aux signes de certitude.*

Il y a d'abord l'examen histologique, mais on l'applique rarement. Le signe de certitude d'importance capitale, c'est l'*évolution*. En quinze jours ou trois semaines, le chancre est arrivé à son apogée, il bat son plein, tandis que l'épithélioma met plusieurs mois pour devenir quelque chose. Quel contraste frappant!

Ainsi lorsqu'un malade vient vous dire qu'il y a quinze jours, il n'avait rien, *absolument rien*, et que vous constatez chez lui une lésion labiale, ayant les caractères décrits plus haut, vous pouvez affirmer qu'il s'agit d'un chancre.

Vous avez enfin un critérium excellent, c'est l'explosion secondaire. Aussi est-ce à ce critérium qu'il faut avoir recours dans tous les cas douteux, où l'intervention chirurgicale paraît nécessaire. Je vous répète qu'on a enlevé des chancres pris pour des épithéliomas. On n'aurait certainement pas commis cette faute, si l'on avait attendu. Il est regrettable de gratifier un individu d'une balafre pour une lésion qui n'avait rien à faire avec le couteau de chirurgien.

Je vais terminer cette leçon par la description de deux formes de chancre dont je ne vous ai pas parlé jusqu'à présent...

Première forme : *ulcéreuse.* —C'est un chancre qui, au lieu d'effleurer les téguments, les entame; il est susceptible de toute couleur : rouge, jaunâtre ou multicolore.

Seconde forme : *phagédénique.* — Forme extrêmement rare, exceptionnelle; je n'en ai observé que deux exemples.

Elle présente deux variétés : en surface et en profondeur.

La variété phagédénique superficielle est très rare, je n'ai observé qu'un cas. Il n'entame pas profondément les téguments et laisse une petite cicatrice.

La seconde variété est moins rare.

Elle est terrible, entamant les téguments en surface et en profondeur, les excavant, détruisant, mutilant, avec tous ses délabrements, avec toutes ses horreurs objectives — toute une lèvre se trouve parfois anéantie! Examinons-la à l'œuvre.

Nous nous trouvons en face de deux sous-variétés : 1° ulcéreuse moléculaire insensible — ici l'extension se fait constamment, mais on ne sait pas comment elle procède; 2° sphacèle en bloc.

On voit dans ce cas apparaître sur l'ulcération des blocs noirs, d'insensibilité absolue, exhalant une odeur spécifique. Ces blocs s'éliminent, mais d'autres apparaissent et encore d'autres. C'est la gangrène.

La destruction se fait de proche en proche par une série de morts partielles.

J'ai assisté à la destruction complète de la lèvre inférieure et d'une partie du menton par un chancre phagédénique chez un jeune homme de 26 ans, absolument bien portant et chez lequel je n'ai trouvé rien qui aurait expliqué la marche foudroyante de son chancre. Malgré tout ce qu'on avait fait, l'affection suivit son cours et s'arrêta au bout de deux mois après le résultat horrible dont je vous ai parlé tout à l'heure. La cicatrice a laissé à nu l'arcade dentaire inférieure.

BIBLIOGRAPHIE

L'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard, par le Dr Alb. Miquet. — J.-B. Baillière, éditeur, 1895.

L'auteur rapporte tous les faits importants publiés sur la question et y ajoute quelques recherches personnelles.

Ce qui ressort de ce travail, c'est que chez le vieillard, les organes qui concourent à la formation de l'appareil urinaire sont envahis par un processus scléreux, qui ne tarde pas à y apporter des modifications considérables : leur structure est altérée et leur vitalité diminuée.

C'est ainsi que le rein du vieillard est ridé, grenu, rugueux à la surface, après arrachement de la capsule. Il est atrophié en poids et en volume, petit, rouge brun ou bleuâtre; toujours pâle, présentant à sa surface des bosselures peu saillantes et de petits kystes. Il est ferme et aplati.

A la coupe l'atrophie porte sur les deux substances qui le composent, mais surtout sur la substance corticale. Les uretères sont hypertrophiés. Les parois vésicales sont également hypertrophiées ; il s'y fait un travail de sclérose, d'où : les colonnes charnues et les cellules vésicales. De plus la prostate subit aussi une hypertrophie considérable qui amène des troubles importants à connaître au point de vue clinique, troubles qui nécessitent souvent une intervention active.

En résumé, si en étudiant l'anatomie macroscopique, microcospique et animée de l'appareil urinaire chez l'adulte, l'auteur a pu constater qu'il était dans son plein fonctionnement, dans toute son activité, chez le vieillard, au contraire, il subit la dégénérescence scléreuse, d'où toutes ces lésions qui ne sont que la conséquence des grandes lois de régression de l'organisme.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Théorie de l'action antipyrique. (*Thérap. Monats hefte* 3, 1894. — E. Harnack a donné un travail très clair sur les processus qui produisent des modifications de la température corporelle pendant la fièvre. Pour le maintien de la température normale, il est nécessaire que l'équilibre soit maintenu entre la thermogenèse et la radiation de calorique. Si l'un des deux facteurs se trouve modifié, l'autre doit l'être dans la même proportion. Il peut donc arriver que l'organisme, tout en maintenant sa température à la hauteur normale, produise et émette des quantités très variables de chaleur. Cela dépendra de l'énergie des mutations organiques. S'il existe de la fièvre, l'émission de chaleur peut ne pas suivre une marche parallèle à la production de chaleur, ce qui est possible lorsque l'organisme perd la faculté de répondre à l'augmentation de la thermogenèse par une augmentation dans l'émission. On comprend l'influence que possèdent les modifications relatives de ces deux facteurs sur le résultat final, c'est-à-dire la température corporelle.

Dans la conception de l'auteur, les agents pyrétogènes sont ceux qui accroissent la thermogenèse, alors que l'organisme est impuissant à augmenter les quantités de chaleur émise. L'antipyrèse peut agir de trois manières : 1° par l'augmentation de l'émission de calorique ; 2° par l'abaissement de la thermogenèse ; 3° par l'action commune des deux influences.

Les applications froides réalisent le premier mode (bains froids). Tant que la thermogenèse n'est pas accrue, la température est plus basse. Le deuxième mode d'action est réalisé de deux manières : d'abord, par l'emploi des agents qui suppriment la cause, comme la quinine ou l'arsenic dans les cas de fièvre intermittente; ou bien par l'emploi des agents qui modifient directement l'activité vitale du protoplasma ; c'est ce qui arrive sans doute encore avec la quinine. Les antipyrétiques proprement dits agissent sur les centres nerveux de la régulation thermique en modifiant à la fois la thermogenèse et l'émission de chaleur : par là se trouve réalisé le troisième mécanisme.

Lorsqu'une paralysie de ces centres diminue la thermogénèse et élève l'émission, il se produit un abaissement rapide de température. Si dans le stade suivant la thermogenèse reste au même niveau tandis que l'émission diminue, la température peut revenir à la normale ; mais si la cause de la maladie n'est pas supprimée, la production de chaleur se relève bientôt, tandis que l'émission est encore faible. Il se produit alors un frisson au moment de l'élévation de la température, après que l'action thérapeutique antithermique a cessé.

En comparant les antipyrétiques, on voit que les dérivés simples du benzol ont une action plus forte et plus rapide que les combinaisons plus compliquées. Les antipyrétiques connus agissent comme nervins, et c'est probablement en vertu de cette action sur le système nerveux qu'ils modifient la température. Peut-être aussi agissent-ils sur le protoplasma.

Harnack fait enfin remarquer que l'action antithermique des médicaments tétaniques montre que, en dehors des centres de régulation thermique, il doit exister aussi des dispositions inhibitives pour la production de chaleur, dispositions dont l'excitation peut abaisser la température. L. J.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 27 novembre 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La Correspondance comprend une observation de constipation rebelle guérie par la danse du ventre, chez une artiste de 32 ans, par le Dr Simon, de Lorient.

Présentation de microcéphales. — M. Laborde présente trois enfants nés à Xérophon, dans une des Cyclades, et offrant un beau type de microcéphalie. Ces trois enfants, une fille et deux garçons, ont 12, 10 et 8 ans. Leurs parents sont très bien portants et il ne semble pas qu'il y ait dans la famille d'antécédents pathologiques, mais les renseignements sont incomplets. Après ces trois enfants, les parents en ont eu deux autres, séparés du troisième par un intervalle de quatre ans; ces deux derniers enfants seraient très bien conformés et bien portants.

Quant aux trois monstres présentés par M. Laborde, non seulement ils sont très microcéphales, ils ont de plus une conformation absolument simiesque, avec une intelligence beaucoup moins développée que les singes. Leur sensibilité tactile est faible, l'ouïe est peu développée et ils sont gâteux.

M. Lancereaux. L'aînée de ces enfants est plus mal développée que le second, qui lui-même est plus mal développé que le troisième; après quatre ans d'intervalle, les parents ont eu deux enfants bien portants. Cela peut porter à penser qu'il s'agit d'une famille de syphilitiques.

Action curative de l'insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux. — M. H. Folet (de Lille). Dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse qui ont été partout faites depuis dix ans, et ont donné lieu à de très nombreuses guérisons, les chirurgiens se sont comportés de façons si diverses, on a lavé ou touché le péritoine avec tant de substances variées, que l'on peut se demander si le véritable facteur curatif de l'intervention n'est pas l'ouverture pure et simple de la séreuse, et l'action même de l'air sur le processus tuberculeux, sur l'évolution du bacille.

De là à essayer l'évacuation de la sérosité suivie de l'injection d'air dans la cavité péritonéale, il n'y avait qu'un pas. Dans un cas de péritonite tuberculeuse à forme liquide, où le malade avait obstinément refusé la laparotomie, M. le Dr H. Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lille, pratiqua, après ponction et évacuation de six litres de sérosité, une insufflation de trois litres d'air dans la séreuse. Le liquide ne s'est pas reproduit, l'état général s'est fort amélioré; et cette guérison se maintient après huit mois écoulés.

Une tentative analogue avait été faite en 1892 par Mosetig Moorhof, de Vienne, qui, opérant un enfant de quatre ans pour lésions tuberculeuses de l'épididyme, fit pénétrer par le canal inguinal, une canule dans le péritoine, et, après issue de 1.700 grammes de liquide, insuffla aussi de l'air dans la séreuse. La guérison eut lieu. Elle se maintenait après cinq mois.

La conclusion à tirer de ces deux observations, c'est que, dans les cas où, pour une raison quelconque, la laparotomie ne pourra être faite, on sera autorisé à recourir à cette pratique anodine et pourtant efficace de l'insufflation d'air dans le péritoine.

Recherches expérimentales sur la pathogénie du coup de chaleur. — MM. Laveran et Paul Regnard. Voici les conclusions de ce travail :

Il résulte de nos expériences que l'exercice favorise puissamment la production des accidents occasionnés par la chaleur.

L'exercice élève par lui-même la température des corps et son influence vient s'ajouter à celle de la chaleur extérieure pour faire monter la température.

Lorsque la température de 45° a été atteinte par le milieu intérieur, l'homme et les animaux supérieurs meurent comme l'a dit M. Claude Bernard.

Dans les conditions ordinaires où se produit le coup de chaleur, la mort ne s'explique ni par la coagulation de la myosine, ni par l'asphyxie, ni par une intoxication; elle paraît être le résultat d'une action directe excitante d'abord, puis paralysante de la chaleur sur le système nerveux.

Rapports de prix. — M. Moissan lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Buignet.

M. Kelsch lit le rapport sur le service des épidémies pendant l'année 1893.

A 4 h. 40, l'Académie se forme en comité secaet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Angine de poitrine coronarienne. — M. Huchard présente les pièces d'une malade de trente-trois ans, qui a succombé très rapidement à une attaque d'angine de poitrine. A l'autopsie, on a constaté une aortite subaiguë récente, avec oblitération presque complète de l'embouchure des deux coronaires qui apparaissaient sous la forme de deux points dans lesquels une soie de sanglier pénétrait à peine. En dehors de cette oblitération, les artères coronaires avaient conservé leur souplesse et leur perméabilité dans tout leur parcours.

L'observation de cette malade confirme la théorie coronarienne de l'angine de poitrine vraie. La douleur s'est présentée sous forme de pseudo-gastralgie intense (forme pseudo-gastralgique de l'angine de poitrine) : la mort est survenue, non pas subitement, par syncope, mais rapidement (30 minutes) par asphyxie.

Typhlite, périty phlite et appendicite. — M. Millard. Depuis quelques années la question de la typhlite et de l'appendicite, surtout à l'étranger, a été mise à l'ordre du jour par les chirurgiens, surtout au point de vue thérapeutique. En France, à part la remarquabe monographie de Talamon, et les leçons cliniques de Rendu et de Cuffer, on trouve cette question à peine traitée. Je m'occuperai surtout du traitement de la typhlite.

Depuis quelques années, j'ai pu observer 11 cas qui me permettent de réhabiliter dans cette affection le traitement médical, et de l'opposer aux merveilleux résultats de l'intervention chirurgicale qui depuis peu de temps a mené si grand bruit.

Je choisirai d'abord le terme de *périty phlite* pour désigner ces cas, ne trouvant pas bien choisies, pour diverses raisons, les dénominations soit de typhlite, soit d'appendicite.

Mes observations ont naturellement beaucoup de points

de contact, il est inutile de les rapporter avec détails. Le premier malade présentait une pérityphlite avec péritonite sous-ombilicale. Tout le monde croyait utile le transport immédiat de ce malade dans un service de chirurgie. Je pensai qu'il y aurait quelque avantage à temporiser, et, après quelques jours de traitement médical, la guérison s'est effectuée et s'est maintenue parfaite. Chez le deuxième malade, la guérison fut aussi facile, quoique la symptomatologie parût plus grave que dans les premiers cas. Dans le troisième cas, la guérison fut obtenue dans l'espace d'une semaine.

Le quatrième malade présentait au maximum tous les symptômes qui caractérisent l'appendicite. Deux jours après l'application de ventouses scarifiées, de l'ingestion de 5 centigrammes d'opium, la fièvre tombait, et peu à peu la guérison s'obtenait.

L'observation 5 est plus intéressante par la grande étendue de la tumeur qui avait fait porter le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Le malade avait le facies typhoïde avec une température de 38°,5. Sous l'influence seule du repos, le lendemain, la fièvre était tombée à 37°,5 et l'amélioration était déjà évidente ; trois jours après son entrée à l'hôpital, la défervescence était complète et en même temps la tuméfaction lombaire avait diminué considérablement. Un mois après la guérison était absolue.

L'observation 6 a de grandes analogies avec la précédente, eu égard surtout aux grandes dimensions de la tumeur. La malade est soumise au même traitement : ventouses scarifiées, glace, opium. Peu à peu les vomissements cessent et, le treizième jour de la maladie, une débâcle se produit annonçant une amélioration très évidente.

Le septième cas a trait à un jeune garçon de 14 ans qui présente une pérityphlite à début lent, presque apyrétique. L'observation 8 est un autre exemple de pérityphlite à début insidieux et à défervescence brusque. Les trois autres observations ont été recueillies par le Dr Para, de la Ferté-Alais ; elles ont de grandes analogies avec les précédentes.

Ces exemples sont au moins la preuve qu'il ne faut pas agir avec trop de précipitation ; et l'on peut en déduire quelques conclusions relatives à l'étude clinique de la pérityphlite. Le début par la colique appendiculaire est des plus fréquents ; susceptible d'être prise pour une colique hépatique ou néphrétique, elle peut être la source d'erreurs de diagnostic au début. Le siège des douleurs est très variable ; le point de Marc Burney est loin d'être constant et l'on en a singulièrement exagéré la fréquence et l'importance clinique.

De même la tumeur péri cæcale peut présenter la forme et les dimensions les plus différentes ; une fois même on a pu penser à un phlegmon périnéphrétique ; la forme allongée, qui correspond à l'ancienne description de la typhlite, est peut-être la plus rare de toutes.

Un fait important, c'est que la tumeur est toujours un peu sonore quand on peut la percuter. Les variétés de forme et de dimension de la tumeur sont en rapport avec l'insertion de l'appendice et le rapport qu'il affecte avec la masse intestinale.

Les vomissements sont la règle et apparaissent dès le début. La constipation est la règle, mais cède assez facilement. La fièvre varie beaucoup suivant les sujets, elle s'accompagne toujours de paroxysmes vespéraux. La durée de la maladie est moins longue qu'on ne l'a dit. Les rechutes sont peut-être fréquentes, mais je ne les ai pas observées.

Le diagnostic est surtout difficile au début. Le pronostic doit être considéré comme favorable le plus souvent, mais on doit toujours se tenir sur la réserve, car des complications graves peuvent toujours survenir. Le traitement est des plus simples : repos absolu et prolongé au lit ; révulsifs cutanés, purgatifs doux, opiacés, c'est le traitement de la péritonite partielle.

Modifications de la toxicité urinaire par la médication réfrigérante. — M. Ausset lit un mémoire dans lequel il établit que la méthode des bains froids augmente non seulement la diurèse, mais encore la toxicité urinaire.

Généralement, dans la fièvre typhoïde, le pouvoir uro-toxique est diminué des deux tiers. Or, le bain froid ramène, dès les premières heures, ce pouvoir uro-toxique à la normale et l'accroît ensuite (parfois du double de la normale). Il s'ensuit qu'au lieu de conserver au sein de son organisme les substances toxiques résultant de l'infection typhique, le malade s'en débarrasse par les urines. Aussi M. Ausset pense-t-il qu'il faut chercher du côté du rein les guérisons inespérées qu'on obtient souvent avec le Brand.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre. — Présid. de M. Lucas-Championnière.

Polypes naso-pharyngiens. — M. Nélaton. Le malade opéré par M. Quénu avec restauration immédiate a eu une récidive qui a nécessité l'ablation du maxillaire supérieur.

Chez un malade j'ai aussi laissé la porte ouverte, le voile du palais ouvert, j'ai pu par suite poursuivre la récidive avec des méthodes lentes, le chlorure de zinc, et le malade est de cette façon sorti guéri.

M. Kirmisson. Je doute que l'examen histologique puisse être suffisant pour nous renseigner sur le danger de voir ou non la récidive.

En effet, M. Berger nous l'a dit, il y a certaines tumeurs qui se transforment et qui, d'abord bénignes, peuvent en récidivant prendre une malignité qu'elles n'avaient pas dans leur première apparition.

De plus surveiller la récidive, ce n'est pas se contenter de regarder platoniquement, mais bien se tenir prêt à agir et à réopérer.

M. Quenu. C'est à la question de nature qu'il faut surtout recourir, et je suis heureux des remarques de M. Kirmisson. Je dirai cependant que les données du microscope peuvent être utiles ; par exemple, si l'on a affaire d'emblée à une tumeur sarcomateuse, le microscope vous conduira à faire plutôt tout de suite la résection du maxillaire qu'une opération que l'on saura devoir être inévitablement suivie de récidive. C'est qu'en effet il y a deux espèces de tumeurs naso-pharyngiennes ; c'est le fibrome et le sarcome, ce dernier manifestement plus malin et pour lequel une intervention radicale immédiate s'impose.

M. Lucas-Championnière. La restauration immédiate est tout à fait séduisante ; et je pense que l'examen avec le doigt porté au-dessus du voile du palais peut permettre de se tenir au courant de ce qui se passe au niveau de l'arrière cavité des fosses nasales.

Tétanos à la suite de plaie d'un ongle. Amputation dix-huit heures après le trismus. Mort. — Observation présentée par M. Larger.

Hernie inguinale étranglée. Persistance de l'étranglement. Pincement latéral. — Observation présentée par M. Ferraton.

Hématonéphrose intermittente par épithélioma du rein et du bassinet. — M. Tuffier. Depuis un mois, un malade âgé de 65 ans souffrait de la région rénale et depuis trois mois avait remarqué une hématurie plus ou moins foncée.

Dans la région lombaire droite on trouvait le rein ferme, résistant, lisse. Le repos faisait disparaître l'hématurie, mais la tumeur augmentait. Le travail et le mouvement produisaient des effets inverses.

La néphrotomie fut faite par la région lombaire. Elle fit découvrir l'épanchement sanguin qui dilatait et étalait le rein. Cette rétention du liquide était due à un épithélioma que l'on pouvait sentir au niveau du bassinet vers l'organe de l'uretère. Le rein fut alors enlevé complètement. Les suites premières furent bonnes mais le malade mourut quelque temps après et l'autopsie montra des noyaux cancéreux dans le foie, qui indiquaient une généralisation à laquelle avait succombé le malade.

M. Bazy. J'ai eu l'occasion de voir une tumeur du rein qui a donné lieu à une augmentation considérable du volume du rein. Ce malade n'avait d'hématurie qu'après des efforts violents ou un exercice prolongé. Aussi je pensai à un calcul, et l'intervention montra un épithélioma du rein. L'augmentation de volume m'avait surtout guidé.

Hernie crurale. Kélotomie par la voie inguinale. Présentation de malade par M. Tuffier.

Hydronéphose intermittente. Néphrotomie. Mort par anurie. Présentation des pièces par M. Reclus.

F. Verchère.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

8e session tenue à Lyon, du 9 au 13 octobre.

—

Lésions inflammatoires des annexes. — M. Henry Delagénière (Mans) préconise dans les affections septiques de l'utérus et des annexes la castration abdominale totale, qu'il a été le premier à pratiquer en France. Cette opération, qui a pris naissance en Amérique, où elle a donné des résultats brillants à Polk, Krug, Baldy et Brown, a sa raison d'être, car, dans les affections dont il s'agit, l'utérus est malade aussi bien que les annexes. En laissant l'une ou l'autre de ces parties infectées, on fait donc théoriquement une opération incomplète et souvent insuffisante.

Dans la pratique, les résultats concordent avec cette donnée théorique. La laparotomie, suivie de l'extirpation des annexes et des poches purulentes, laisse souvent à sa suite un utérus malade, qui continue à faire souffrir la malade, peut nécessiter un ou deux curettages pour guérir ou même l'hystérectomie vaginale. En outre, elle expose aux fistules abdominales pour la guérison desquelles on peut être appelé à pratiquer encore secondairement l'hystérectomie vaginale.

L'opération de Péan, d'après la statistique de M. Segond, présente une incertitude plus grande encore. Dans les cas simples et bénins, elle expose à pratiquer une opération inutile ; dans les cas de pyosalpinx, elle est aussi grave que la laparotomie, et elle expose, en outre, aux opérations incomplètes. Enfin, dans les cas graves de suppurations pelviennes, elle présente une gravité excessive.

L'opération vagino-abdominale de Chaput, inspirée par les échecs des deux méthodes précédentes, admissible théoriquement, doit être rejetée au point de vue pratique. Elle présente, en effet, tous les inconvénients de la méthode abdominale, et elle ajoute un grand nombre de ceux de la méthode vaginale. Du reste, elle paraît délaissée par son auteur lui-même.

Reste la castration abdominale totale dont les principaux avantages sont les suivants : 1° possibilité de limiter l'intervention dans les cas d'affection unilatérale, ou dans les affections peu graves ; 2° facilité aussi grande que possible pour enlever toutes les parties malades sous le contrôle de la vue ; 3° faculté de ne laisser aucune surface saignante dans la cavité péritonéale et de recouvrir de péritoine les surfaces dénudées ; 4° sécurité plus grande pour détacher les adhérences intestinales et pour remédier aux déchirures de l'intestin ; 5° pas de pinces à demeure et pas de souffrances après l'opération.

Cette opération ne paraît pas présenter une gravité excessive. Elle a donné à l'auteur 4 succès sur 4 cas, et à Baldy 22 sur 22 cas, et, d'autre part, les résultats thérapeutiques paraissent incomparablement supérieurs. Dès l'opération, la malade se trouve parfaitement bien.

La technique peut se résumer ainsi : isolement des annexes, puis leur excision entre deux pinces de chaque côté ; énucléation de l'utérus en taillant, puis dissséquant une collerette circulaire : ce qui permet d'éviter à coup sûr l'uretère et la vessie ; puis, après l'ablation de la pince, fermeture complète du péritoine pelvien.

Ainsi conçue, l'opération ne constitue qu'un temps complémentaire de la laparatomie suivie de l'ablation des annexes, et ses indications se poseront la plupart du temps pendant l'opération. Si l'utérus est saignant, infecté, en rétroversion, s'il contient des fibromes, s'il existe des clapiers dans le cul-de-sac de Douglas, ou si les ligaments larges sont atteints de phlegmon chronique, on ne doit pas hésiter à enlever l'utérus.

Ce n'est pas à dire que l'opération de Péan doit être rejetée complètement ; on lui réservera une place analogue dans les opérations pratiquées par le vagin. Dans les cas de suppurations graves, avec poches péri-utérines, on commencera par l'incision vaginale postérieure, puis antérieure ; si toutes les poches sont vidées, on assurera le drainage, et là se borne l'opération qui est absolument conservatrice ; s'il reste des poches plus haut situées, alors, mais alors seulement, on aura recours à l'opération de Péan. Elle devient donc l'opération complémentaire de l'incision vaginale, absolument comme l'hystérectomie abdominale totale est l'opération complémentaire de la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes.

M. Segond (Paris). Je tiens à protester contre trois assertions de M. Delagénière. L'hystérectomie vaginale expose, dit M. Delagénière, à « des incertitudes plus grandes encore » : je voudrais savoir lesquelles ; à des opérations inutiles : je voudrais qu'il m'en montrât une parmi mes 400 observations ; à des suites immédiates graves : cela est en désaccord formel avec la statistique que vient de publier mon élève Baudron.

M. Championnière (Paris) croit qu'il faut laisser à l'avenir le droit de se prononcer : 4 faits ne suffisent pas pour juger. Il s'associe aux réserves de M. Segond et constate, lui aussi, que pour les suppurations pelviennes graves et même diffuses, l'hystérectomie vaginale a une bénignité et une efficacité remarquables, et que quelquefois elle est la seule bonne opération. L'opération de M. Delagénière est défendable, mais pas avec cet argument, et ces 4 observations concernent des cas bénins.

M. Delagénière (Le Mans). C'est précisément en m'appuyant sur la statistique de Baudron que j'ai fondé mes conclusions. On y trouve 37 cas de suppurations graves avec 10 décès : ce qui est à mes yeux une grosse mortalité. Je dis, opération inutile, car je trouve plus de 80 cas d'ovaires sclérokystiques pour lesquels je crois inutile d'enlever l'utérus. Je dis opération quelquefois inefficace, car j'ai vu une malade guérie par M. Segond et qui continuait à souffrir; à Tours, mon frère en a vu deux, opérées par M. Péan lui-même.

M. Michaux (Paris) déclare qu'à ses yeux l'hystérectomie est à la fois bénigne et efficace.

M. Péan (Paris) désirerait savoir ce que sont les deux malades de Tours dont on vient de parler.

M. P. Delagénière (Tours) confirme ce qu'a dit son frère. Une malade a eu une fistule persistante. L'autre a continué à souffrir et elle est morte d'urémie au bout de dix-huit mois.

M. Péan est convaincu que ces deux malades n'ont pas été opérées pour suppurations pelviennes. Il lui est impossible de discuter autrement qu'avec des chirurgiens ayant vu les malades avant, pendant et après l'opération. Il y a, par exemple, des cas où on laisse volontairement une fistule.

Des procédés de chéilopiastie applicables à la réparation des pertes de substance étendues des lèvres. — M. Paul Berger. Les vastes pertes de substance et les destructions presque totales de la lèvre inférieure consécutives à des traumatismes, à des brûlures, au lupus et aux syphilides ulcéreuses étendues et profondes, sont les plus communes et nous occuperont d'abord. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La muqueuse est conservée, le tégument cutané seul étant détruit : en ce cas, la muqueuse est retournée et son bord libre est attiré et fixé plus ou moins bas vers le menton par la rétraction cicatricielle; il existe un véritable *ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure*. Ces cas sont, de tous, les plus favorables à l'autoplastie ; la méthode italienne y est particulièrement applicable.

Technique : On libère le bord libre de la muqueuse par une incision, on la dissèque, on la relève en ayant soin de relever avec elle les faisceaux de l'orbiculaire qui n'ont pas été détruits. On libère de même les téguments cicatriciels du menton, et on poursuit leur dissection et leur libération jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Toute la face antérieure de la région mentonnière et labiale inférieure est alors recouverte par un grand lambeau pris au bras, laissé adhérent à celui-ci par son pédicule, et fixé par la suture au pourtour de l'avivement. Le pédicule du lambeau est coupé au bout de huit à douze jours : de petites opérations complémentaires sont nécessaires pour dégraisser, façonner et adapter le lambeau, et pour lui donner une forme se rapprochant autant que possible de la forme normale des parties.

Cette opération, mise à exécution dans un grand nombre de cas, a donné à l'auteur un résultat esthétique et fonctionnel toujours très favorable.

2° La muqueuse a été détruite en partie en même temps que la peau, mais une partie du bord libre de la lèvre inférieure subsiste et adhère à la cicatrice.

Technique. - Rechercher, libérer ce qui reste du bord libre ; poursuivre au besoin, sur les parties de la lèvre intacte, l'isolement et la dissection du bord libre, de manière à reconstituer les éléments d'une bordure muqueuse qui puisse circonscrire un orifice buccal un peu réduit de circonférence, mais encore suffisant Relever ensuite la partie de la cicatrice qui adhère à la mâchoire ; en constituer un lambeau dont la base se continue avec la gencive du bord alvéolaire, et relever ce lambeau, sa face cicatricielle tournée vers la cavité buccale, de manière à ce qu'il vienne former la face interne de la lèvre inférieure ; par son bord libre on le suture à la lèvre postérieure du pont muqueux qui doit restaurer le bord libre de la lèvre. Pour refaire la face externe cutanée de la lèvre inférieure, on peut appliquer, sur la face cutanée du lambeau cicatriciel ainsi relevé, un lambeau emprunté au bras par la méthode italienne ; mais souvent aussi on peut se contenter de tailler un lambeau à la région sus-hyoïdienne ou à la région latérale du cou et, en infléchissant légèrement son pédicule, de le rapporter sur la région labiale inférieure, qu'il s'agit de recouvrir de peau.

Ce procédé opératoire a donné un magnifique succès dans un cas où il ne restait plus, de la moitié gauche de la lèvre inférieure, que quelques débris du bord libre, le reste ayant été détruit par des ulcérations tertiaires.

3° La totatité des parties constituant l'une ou l'autre lèvre ont été détruites : il ne reste ni peau, ni muscles, ni muqueuse, ni bord libre. La lèvre doit être refaite de toutes pièces.

En pareil cas, il faut reconstituer la lèvre qui manque au moyen de la peau et de la muqueuse de la joue qu'on réunit avec soin sur les limites de la perte de substance. Quand on a de la sorte ménagé une certaine longueur de peau doublée de muqueuse, on détache, sur une longueur suffisante, un lambeau large d'un ou deux travers de doigt comprenant cette union cutanéo-muqueuse; on l'infléchit de manière à l'amener prendre la place de la lèvre détruite, et on l'y fixe au moyen de nombreux points de suture. La perte de substance de la joue est fermée ensuite par simple rapprochement de ses bords ou par une autoplastie. Au lieu d'un seul lambeau, on peut se servir de deux lambeaux latéraux constitués de la même façon sur chacune des deux joues, lambeaux que l'on réunit sur la ligne médiane, et dont chacune restaure une des moitiés de la lèvre détruite.

(*A suivre*).

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894, sous la présidence de M. le prof. Potain.

Première séance du 25 octobre.

De la valeur clinique du chimisme stomacal. — M. le prof. Hayem (rapporteur). La palpation et la percussion de l'es-

tomac et des viscères voisins fournissent des renseignements qui, rapprochés des signes subjectifs révélés par l'interrogatoire des malades, sont d'une grande importance, mais maintes fois aussi insuffisants. On s'est donc ingénié à multiplier les modes d'exploration, et, dans ces dernières années, on a introduit dans la pratique des procédés nouveaux, au nombre desquels l'étude chimique du contenu gastrique me paraît être de beaucoup le plus important.

La cavité stomacale communiquant avec l'extérieur par un canal assez large et peu sensible, il était rationnel de chercher à y pénétrer directement pour y puiser les produits de sa sécrétion. A la fin du siècle dernier, Réaumur et l'abbé Spallanzani ont exécuté les mémorables expériences qui nous fournirent les premiers renseignements sur les propriétés digestives du suc gastrique.

Kussmaul avait vulgarisé l'emploi de la pompe stomacale dans un but thérapeutique, quand Leube eut l'idée de faire servir cet instrument, ou les siphons en caoutchouc qui le remplacent avantageusement, à l'étude des troubles fonctionnels de l'estomac.

Pour diagnostiquer l'insuffisance motrice, il faisait ingérer à ses malades un repas copieux, composé d'une soupe, d'un bifteck et de pain blanc. Au bout de sept heures, il pratiquait le sondage. Des explorations pratiquées chez l'homme sain lui avaient permis d'estimer à ce laps de temps la durée de la digestion d'un semblable repas.

Lors donc que chez un patient se plaignant de l'estomac, le lavage stomacal effectué dans ces conditions, avec deux entonnoirs d'eau, ramenait des débris ou des résidus alimentaires, il portait le diagnostic de catarrhe gastrique; lorsqu'au contraire le liquide restait clair, il admettait, suivant les cas, la gastralgie, l'ulcère ou la dyspepsie nerveuse.

Leube se servait également d'un procédé qu'il croyait propre à fournir des renseignements sur les qualités du suc stomacal. Il introduisait dans l'estomac à jeun, au moyen de la sonde, 100 cc. d'eau glacée; au bout de dix minutes, le contenu stomacal était extrait et l'estomac était lavé avec 300 cc. d'eau distillée. Les liquides recueillis étaient examinés au point de vue de leurs réactions et servaient à exécuter des digestions artificielles.

Tel fut la première ébauche de l'étude clinique du suc gastrique.

Les médecins allemands, qui introduisirent dans la pratique ces nouveaux moyens de diagnostic, s'appuyèrent sur cette théorie de la digestion stomacale certainement au moins fort imparfaite et même inexacte, émise par Ewald : « La richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique libre est le thermomètre de l'activité fonctionnelle de l'estomac ». Il s'agissait simplement, pour eux, de mesurer l'acidité totale, puis de rechercher qualitativement l'HCl libre; pour cela on s'est servi de réactifs colorants (violet de méthyle) et on recherchait les acides gras, la valeur digestive du liquide, les peptones et le pouvoir séducteur. Ces procédés sont insuffisants et exposent à des erreurs. Si l'examen du chimisme stomacal est le moyen d'avoir les renseignements les plus précis sur le fonctionnements de l'estomac, c'est une opération plus complexe qu'on l'a cru. Il ne faut pas songer à faire une analyse complète avec les petites quantités de suc gastrique que l'on extrait de l'estomac; aussi, étant donné que le chlore joue un rôle prépondérant dans la digestion gastrique, ou étant donné qu'il est le plus facile à doser de tous les éléments cliniques trouvés dans l'estomac, M. Winter a cherché à le mesurer sous ses différentes formes, et il est arrivé à un procédé exact, le *procédé chlorométrique*; pour nous l'expression de « chimisme stomacal » s'applique à l'étude des éléments chlorés et à leurs variations dans le cours de la digestion. Mon opinion est absolue à ce sujet et s'appuie sur les résultats de 500 analyses que je possède. La sécrétion stomacale, actionnée par les aliments, est une sécrétion chlorurée saline.

Lorsque l'aliment ne renferme pas de substances albuminoïdes, autrement dit quand il ne contient pas de matériaux à digérer, le chlore renfermé dans le suc gastrique se présente presque exclusivement sous forme de chlore minéral. Cependant, on trouve toujours dans le suc gastrique des combinaisons chloro-organiques, qu'on ait recours comme excitant à l'eau distillée ou à une simple action mécanique, ce qui semble résulter de la présence, dans l'estomac, soit de résidus alimentaires, soit surtout de détritus cellulaires.

Dans le cours de la digestion normale d'un repas mixte, dès qu'ont pénétré dans l'estomac des matières susceptibles d'être digérées et transformées en peptones, les chlorures fixes sont utilisés, au fur et à mesure de leur sécrétion, sous forme de combinaisons chloro-organiques. Quant à l'acide chlorhydrique libre, il paraît être un produit accessoire et en quelque sorte accidentel de l'acte digestif.

Ainsi donc, contrairement à l'opinion classique, l'acide chlorhydrique se trouve surtout dans le suc gastrique normal à l'état de combinaisons organiques.

Dans les conditions les plus physiologiques, ces combinaisons ont la même valeur acide que la quantité d'acide chlorhydrique qu'elles renferment et elles représentent, dans tous les cas, le facteur de beaucoup le plus important de l'acidité totale.

La chlorométrie n'exclut pas les procédés relatifs à la recherche des acides gras et des produits de la digestion. La méthode des digestions artificielles expose à des erreurs d'appréciation.

Pour un même repas d'épreuve, la marche de la digestion à l'état pathologique chez le même sujet, est très variable; aussi a-t-il fallu compléter l'étude des déviations qualitatives et quantitatives du processus digestif par celle des *troubles évolutifs*, en faisant des analyses en série continue ou en série interrompue. Chez certains gastropathes, l'évolution stomacale est retardée; chez les autres elle est hâtive.

Je ne connais pas de méthode d'examen clinique qui puisse fournir un résultat aussi complet et aussi certain que celle de M. Winter, qui surprend l'estomac en plein travail et nous représente ce travail sous la forme des variations de l'élément actif le plus important parmi ceux qui y prennent part et cela depuis le début du processus jusqu'à son déclin.

Les renseignements fournis par ce procédé d'étude du chimisme stomacal sont d'ordre séméiotique; ils sont très importants étant une grande valeur diagnostique. Il est nécessaire de les rapprocher des autres renseignements fournis par la clinique.

Les premiers auteurs qui ont étudié le chyme stomacal en ont interprété les modifications de diverses façons; en limitant cette étude à la recherche de l HCl libre, ils trou-

vèrent que certains dyspeptiques avaient un suc gastrique d'apparence normale et ils donnèrent une extension considérable à la dyspepsie nerveuse; on fit de l'estomac un viscère à part, et on le gratifia de nombreuses variétés de troubles nerveux, oubliant sa structure essentiellement glandulaire et les causes violentes et nombreuses d'irritation auxquelles il est soumis depuis la naissance, les microbes, les fermentations qui y pullulent.

Il a suffi, pour réduire à néant cette division des états dyspeptiques en dyspepsies chimiques et en dyspepsie nerveuse ou sans trouble chimique, de faire une étude plus exacte du suc gastrique et surtout de la fonction chimique considérée dans le temps. Tels malades dont le suc gastrique présente une heure après l'ingestion du repas d'épreuve un contenu stomacal en apparence normal, fournissent, à un autre moment de l'évolution digestive, un suc gastrique fortement adultéré.

Aujourd'hui la dyspepsie nerveuse n'a plus un chimisme normal.

Je me suis efforcé de chercher les relations existant entre les signes fournis par le chimisme et les lésions glandulaires de l'estomac. De même que pour les autres viscères, à des troubles fonctionnels de l'estomac correspondent des troubles anatomiques.

Il résulte de mes investigations anatomiquesa,ujourd'hui nombreuses, qu'il est presque impossible de trouver chez l'adulte un estomac normal. L'homme adulte, exposé de longue date aux conséquences d'une mauvaise hygiène individuelle, présente des lésions stomacales. Je ne parle pas de petites modifications histologiques de peu d'importance, mais de grosses altérations.

J'ai examiné des estomacs de suppliciés, des estomacs de jeunes sujets ayant succombé rapidement à des maladies aiguës de courte durée (pneumonie, méningite tuberculeuse, fièvre typhoïde, etc.), et j'y ai reconnu des lésions non pas récentes, superficielles, limitées, mais profondes, étendues, anciennes, résultant d'un travail pathologique à lente évolution, dont le début devait remonter à une époque très antérieure à celle du décès.

Les dyspeptiques sont nombreux. Cependant, les individus qui se plaignent de l'estomac ne représentent qu'une portion de ceux qui sont atteints de lésions glandulaires de cet organe. On est donc en droit d'en conclure que les troubles dits dyspeptiques doivent être très souvent précédés et, pour ainsi dire, préparés par des états organopathiques restés latents pendant un temps plus ou moins long.

L'existence de ces états gastriques latents éclate parfois dans tout son jour lorsqu'un individu jusque-là bien portant en apparence succombe en quelques heures par suite d'une perforation de l'estomac consécutive à une lésion chronique et déjà ancienne de l'organe.

Parmi les altérations glandulaires à peu près méconnues, je dois signaler l'affection à laquelle j'ai donné le nom de *gastrite parenchymateuse*. Elle est caractérisée par le processus, qui évolue essentiellement dans les éléments glandulaires et qui, dans les formes pures, est absolument indépendant de toute infiltration leucocytaire. Elle débute dans la région peptique et tend habituellement à se généraliser, et alors apparaît un fait des plus curieux qu'aucun auteur n'avait signalé, à savoir : la transformation complète de la région pylorique, dont les glandes prennent à ce point les caractères des glandes peptiques, qu'il devient impossible de distinguer les coupes provenant du pylore de celles qui sont faites au niveau du grand cul-de-sac.

L'irritation qui a pour siège les éléments glandulaires préexistants présente diverses variétés anatomiques. Elle peut être simplement néoformative ; d'autres fois, elle se complique de dégénérescence des éléments néoformés et d'exsudations intra-cellulaires. Les néoformations portent tantôt principalement sur les cellules principales, tantôt sur les cellules de bordure, mais on n'observe jamais la disparition complète de l'une ou de l'autre de ces cellules.

J'ai insisté sur la gastrite parenchymateuse parce que c'est elle qu'on trouve dans l'estomac des hyperpeptiques, c'est-à-dire des malades qui, pour la plupart des auteurs, seraient atteints de désordres protopathiques et essentiels de la digestion.

Cette lésion est commune, profonde, grave. Elle est pour l'estomac ce qu'est pour le rein la néphrite parenchymateuse. L'importance de cette constatation ne vous échappera pas.

Un pareil processus peut-il résulter d'un trouble primitif du système nerveux ? Cela n'est peut-être pas impossible. Pour le moment, je me contente de signaler la coïncidence de certains signes et de certaines lésions.

Les gastropathies ont souvent pour origine des troubles statiques, souvent aussi, lorsqu'elles sont nées sous l'influence d'une irritation, elles peuvent se compliquer, à un moment donné de leur évolution, d'un désordre mécanique.

Le chimisme stomacal peut faciliter le diagnostic des troubles statiques.

J'ai fait voir, effectivement, que l'évolution digestive suit une marche absolument régulière, quand elle est uniquement influencée par la lésion glandulaire ; qu'au contraire, sa marche est plus ou moins irrégulière dès qu'il existe un obstacle à l'évacuation gastrique.

Quant aux fermentations anormales, les affections dans lesquelles on les observe sont assez variables. Les principales sont la gastrite parenchymateuse, les gastrites chroniques compliquées d'atonie et de gêne mécanique à l'évacuation, les tumeurs bénignes ou non, et particulièrement les tumeurs dites cancéreuses. Les causes de ces fermentations sont encore peu connues, et à cet égard nous n'avons à signaler pour le moment que les rapports paraissant exister entre certaines formes de fermentation et l'altération de la fonction chimique stomacale.

Dans un milieu où l'acide chlorhydrique libre devient abondant, au moins à un certain moment, la fermentation acétique est très fréquente. C'est ce qu'on observe dans l'hyperchlorhydrie des hyperpeptiques.

En pareille circonstance, la fermentation lactique est rare et lorsqu'on la rencontre, elle se montre seulement d'une manière transitoire pendant les premières minutes de la digestion.

Au contraire, lorsque l'acide chlorhydrique libre fait défaut, et à plus forte raison encore lorsqu'avec cet état il existe une diminution dans la production des composés chloro-organiques acides, on voit souvent apparaître, pour peu que la digestion soit prolongée, un degré plus ou moins accentué de fermentation lactique. Il y a déjà longtemps

e j'ai signalé la fréquence et l'intensité de la fermenta-
n lactique chez les cancéreux hypopeptiques, sans avoir
ntefois attribué à ce fait une réelle valeur diagnostique,
cide lactique se rencontrant souvent en dehors du
ncer.

M. Bourget (de Lausanne), rapporteur. — *Conclusions du
pport.* — La sécrétion gastrique varie en quantité et en
alité suivant l'alimentation ou suivant les conditions
existence, de santé ou de maladie de l'individu.

La pepsine et le ferment lactique faisant très rarement dé-
ut, la valeur digestive d'un suc gastrique paraît surtout
pendre de la sécrétion de l'acide chlorhydrique ; cette
crétion est très exposée aux variations quantitatives.

Le travail de la digestion stomacale n'est pas un travail
initif, c'est une sorte de préparation à la digestion in-
tinale ; cette préparation peut donc être plus ou moins
mplète, sans qu'il en résulte un préjudice sérieux pour
travail subséquent ou pour l'individu, pourvu que le
nctionnement mécanique de l'estomac se passe norma-
ment.

Le fonctionnement mécanique de l'estomac a certaine-
nt, au point de vue des phénomènes digestifs généraux,
e bien plus grande importance que le fonctionnement
mique.

Dans une même affection stomacale, le suc gastrique ne
ésente pas toujours les mêmes anomalies, il en résulte
e l'analyse chimique, seule, de ce suc gastrique, ne peut
rvir à établir le diagnostic précis de telle ou telle ma-
die de l'estomac.

Ainsi l'absence de l'acide chlorhydrique ne suffit pas
ur diagnostiquer une tumeur de l'estomac, pas plus
e l'hyperacidité chlorhydrique n'est suffisante pour af-
mer l'ulcère rond. Cependant, l'examen chimique du suc
strique pourra concourir, avec les autres moyens d'in-
stigation, à établir plus sûrement le diagnostic de cer-
nes affections stomacales.

Seule l'hypersécrétion intermittente ou permanente
aladie de Reichmann) peut être diagnostiquée par la
le analyse chimique du suc gastrique recueilli à jeun et
ès un repas d'épreuve ; mais pour cela, il faut avoir des
nnées exactes sur l'acidité totale, sur le pour cent et la
antité d'acide chlorhydrique libre ou combiné, et sur la
antité des acides organiques en présence dans l'estomac.

Dans l'état actuel de la science, ignorant le mode de
rmation de l'acide chlorhydrique, ne connaissant pas da-
ntage la manière d'agir de la pepsine, la simple analyse
imique d'un contenu stomacal ne nous paraît pas suffi-
nte pour établir une division des différentes affections sto-
cales.

Au point de vue thérapeutique, l'examen chimique du
c gastrique s'impose, lui seul peut nous donner des in-
ications précises pour fixer le traitement diététique et
édicamenteux.

(*A suivre*). F. Deléage.

VARIÉTÉS

L'assistance médicale à domicile à Paris par les médecins des bureaux de bienfaisance.

Rapport lu au Congrès national d'assistance de Lyon (1894)
par le Dr Billon, *ancien président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, délégué de la Société au Congrès.*

Messieurs,

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris a voulu se faire représenter au Congrès national d'assistance pour affirmer devant vous que depuis sa fondation, qui remonte déjà à plus de quarante ans, elle n'a eu d'autre but, d'autre désir, que d'établir un service médical donnant aux indigents tous les soins qu'il est possible de leur accorder.

Puis elle m'a chargé de vous faire connaître le mécanisme du service médical à domicile dans cette grande agglomération d'individus qui s'appelle Paris.

La ville de Paris, Messieurs, est divisée en vingt arrondissements inégaux en superficie et en population. Dans chacun des vingt arrondissements, un bureau de bienfaisance est chargé du service des secours à domicile. Ces bureaux de bienfaisance sont placés sous l'autorité du directeur de l'Assistance publique, qui remet annuellement à chaque bureau :

1° La subvention du Conseil municipal ;

2° Les revenus appartenant en propre à chaque bureau ou les dons faits aux pauvres de Paris en général.

Chaque bureau est administré par une commission composée du maire, président, et d'administrateurs nommés par le préfet de la Seine ; des commissaires et des dames de bienfaisance nommés par la commission administrative sont rattachés à ce bureau. Les fonctions des administrateurs, commissaires, dames de bienfaisance, sont gratuites. Un secrétaire-trésorier, assisté d employés appartenant comme lui à l'Assistance publique, dirige le service administratif sous l'autorité du directeur de l'Assistance publique et du maire. Les administrateurs sont chargés de visiter les indigents, de recueillir leurs demandes et de distribuer les secours.

De chaque bureau de bienfaisance dépendent une ou plusieurs maisons de secours où les administrateurs reçoivent les indigents, où les médecins donnent leurs consultations, où sont faits les prêts de linge et distribués certains médicaments.

Jusqu'en 1889, toutes les maisons étaient desservies par des sœurs de charité ; depuis cette époque, le plus grand nombre d'entre elles ont été laïcisées.

Mon rôle n'est pas ici de vous décrire la manière dont se distribuent les secours. Je veux seulement vous parler du service médical.

La loi de 1849 déclarait que les médecins des bureaux de bienfaisance devaient être nommés soit par le suffrage de leurs collègues, soit par le concours. Sur la demande de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, le concours a été institué en 1888. Les juges de ce concours sont quatre médecins des bureaux de bienfaisance tirés au sort parmi ceux faisant partie des bureaux depuis six ans au moins.

Le concours doit être annoncé trois mois à l'avance ; les concurrents doivent se faire inscrire à la mairie de l'arrondissement et justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins et pourvus d'un diplôme de docteur d'une des facultés de l'Etat.

Avant de commencer le concours, chaque candidat est tenu de désigner l'arrondissement pour lequel il veut être nommé.

Voici l'ordre des épreuves :

1° Une épreuve éliminatoire écrite subie par tous les concurrents et qui porte sur un sujet de pathologie interne et d'obstétrique ;

2° Une épreuve définitive, qui consiste dans un examen de malade suivi de la discussion du diagnostic et du traitement avec rédaction d'une ordonnance. Les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés pour quatre ans ; ils peuvent être réinstitués par le ministre de l'Intérieur pour une nouvelle période.

Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

Après vingt ans de services, les médecins peuvent recevoir du ministre de l'Intérieur le titre de médecin honoraire à la demande de la commission du bureau auquel ils ont été attachés.

Les fonctions de médecin des bureaux de bienfaisance sont incompatibles avec celles d'administrateur.

Le nombre des médecins est actuellement de 200 environ.

Chaque arrondissement est divisé en circonscriptions. A chaque circonscription sont attachés deux ou trois médecins entre lesquels le malade a le droit de choisir.

Les médecins doivent résider dans l'arrondissement pour lequel ils ont été nommés ou dans un quartier limitrophe.

Les consultations sont faites tous les jours par des médecins chargés spécialement de ce service.

Les visites à domicile sont faites également par des médecins qui n'ont à visiter que les malades retenus au lit ou à la chambre et ne pouvant se rendre à la consultation. Dès que les malades sont guéris et en convalescence, ils doivent être renvoyés au médecin consultant.

Tout malade inscrit au Bureau de bienfaisance a droit à la consultation, à la visite du médecin et à la délivrance des médicaments. En outre, l'admission aux consultations, au traitement à domicile et à la gratuité des médicaments est accordée aux nécessiteux non inscrits au Bureau.

Dans tous les cas, la première consultation doit toujours être donnée, la première visite doit toujours être faite : à l'administration de prendre des informations pour la suite des consultations ou des visites.

En dehors de la première consultation, chaque malade, pour être admis à la seconde, doit être muni d'une fiche, remise par la mairie et gardée par la maison de secours, sur laquelle sont indiqués l'état civil, la date des consultations déjà accordées et les observations que le médecin croit devoir formuler. — Pour les malades à domicile qui vont réclamer le médecin à la mairie on leur remet: 1° Une lettre pour le médecin de leur division ; 2° une deuxième lettre pour l'administrateur ; 3° une feuille où le médecin doit inscrire son diagnostic et destinée à être remise aux employés visiteurs et 4°, enfin, un carnet de maladie, carnet à souche qui reste chez le malade. Sur ce carnet que je peux vous montrer les médecins inscrivent la date de leurs visites au verso de la couverture. Dans l'intérieur sont des feuilles d'ordonnance qui peuvent se séparer en deux ; d'un côté est l'ordonnance elle-même, de l'autre, la manière dont l'ordonnance doit être suivie par le malade ; cette partie reste attachée au carnet. L'ordonnance elle-même doit être portée d'abord à la maison de secours pour y être timbrée et, ensuite chez le pharmacien.

Chacun de nous a chez lui une nomenclature des médicaments que nous pouvons délivrer, avec les quantités maxima que nous ne devons pas dépasser. Cette liste n'est pas immuable, elle est soumise à des revisions.

Les simples, certains médicaments magistraux, les bains sont délivrés par la maison de secours ; ces médicaments viennent de la pharmacie centrale des hôpitaux. Tous les autres médicaments sont fournis par les pharmaciens de la ville, qui se sont fait inscrire à la mairie. L'Assistance publique paie les pharmaciens d'après le tarif des sociétés de secours mutuels établi par la Société des pharmaciens et avec un rabais de 40 0/0 sur ce tarif. Je dois faire observer que dans deux ou trois arrondissements on a installé une pharmacie dans une maison de secours. En cas d'urgence, les médecins sont autorisés à mentionner sur les ordonnances qu'elles seront servies, sans distinction, par le premier pharmacien auquel s'adressera l'indigent.

Pour les bandages ou appareils, nous délivrons un bon qui doit être contresigné par l'administrateur et porté ensuite au bureau ; celui-ci indique la marche à suivre pour l'obtention du bandage.

Quand les médecins le jugent nécessaire, ils peuvent envoyer leurs malades dans un asile de convalescence, les hommes à Vincennes, les femmes au Vésinet ; il n'y a rien pour les enfants.

A tour de rôle, les médecins sont désignés pour faire partie : 1° de la Commission qui se réunit tous les mois à la mairie pour statuer sur les demandes d'admission au Bureau de bienfaisance;

2° De la commission du *service médical* qui est formée d'un administrateur, d'un médecin et du secrétaire-trésorier, et qui est chargée de prendre connaissance de tout ce qui concerne le service des malades ; elle décide si l'assistance médicale doit être continuée ou suspendue, et statue sur les secours pécuniaires ou autres à accorder aux malades.

De plus, un service de vaccinations, dont sont chargés les médecins des bureaux de bienfaisance, est ouvert un jour par semaine dans des locaux dépendant de la mairie ou des maisons de secours. Ce service gratuit peut bien être considéré également comme gratuit pour le médecin ou du moins presque gratuit, l'administration n'accordant qu'un jeton en argent de la valeur de 2 fr. 50 pour environ 12 vaccinations faites.

Je dois ici ajouter quelques mots sur le service des accouchements à domicile : des sages-femmes en nombre indéterminé nommées par le Préfet de la Seine, sur la proposition des commissions administratives et sur la présentation du directeur de l'Assistance publique, sont attachées aux Bureaux de bienfaisance. Elles reçoivent pour chaque accouchement une somme de 15 francs. Les sages-femmes sont sous la surveillance du médecin de la circonscription ; elles doivent l'appeler quand les accouchements présentent des difficultés.

En prévision de son accouchement, toute femme enceinte, remplissant les conditions voulues pour être secourue, doit faire la déclaration au secrétariat du Bureau de son arrondissement, au moins un mois à l'avance, de son intention de demander le concours de la sage-femme et prend, parmi les sages-femmes inscrites, celle de son choix.

J'ai dit, je pense, à peu près, Messieurs, tout ce dont se compose le service d'un médecin des Bureaux de bienfaisance à Paris. Je voudrais vous montrer maintenant que ce service est loin d'être une sinécure.

Sans vouloir insister outre mesure sur ce fait que nos

malades demeurent presque toujours à des étages très élevés et à des distances parfois très considérables les uns des autres, je veux seulement vous citer les chiffres relevés par l'administration elle-même, tant au point de vue du nombre de nos malades, qu'à celui des visites que nous devons faire.

En 1892, qui est la dernière année pour laquelle les relevés officiels ont été faits :

112.608 personnes se sont fait inscrire au traitement à domicile. Ce qui, étant donné le nombre de la population parisienne, 2.385.222 habitants, fournit la proportion de 4,72 p. 100 réclamant le service des médecins des Bureaux de bienfaisance.

Sur ces 112.608 personnes :

30 0/0 sont des indigents inscrits.

70 0/0 des nécessiteux.

Les journées de maladies ont été de 675.054 et la moyenne du traitement de chaque malade ressort à 6 journées 12.

Les médecins ont fait 207.597 visites soit 1.186 visites par médecin, et la moyenne de 3 visites 25 par jour. Dans les arrondissements que nous appelons excentriques, c'est-à-dire à partir du 10e, le nombre des malades est prodigieux.

Ainsi en 1892, le nombre des malades pour un médecin du 19e arrondissement, a été de 3.166 et le nombre des visites 3.838.

Je ne parle pas des consultations qui, en 1892, étaient faites par les médecins chargés du service à domicile et qui se sont élevées à 337.099.

Tous ces chiffres cependant sont inférieurs à la réalité, le nombre des visites faites par chaque médecin étant toujours supérieur à celui relevé par les employés visiteurs — malades absents, visites oubliées d'être marquées, carnets égarés ou perdus, par conséquent, visites non comptées.

Pour ce service énorme, les médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris touchent une indemnité de 1.200 fr. dans les arrondissements du centre et de 1.500 ou 2.000 fr. au maximum dans certains arrondissements excentriques.

En terminant ce travail, je ne puis vous dissimuler, Messieurs, que toutes les parties de l'organisation du service médical à domicile à Paris ne semblent pas parfaites à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, bien loin de là!

Mais je suis venu ici, non pour exprimer nos desiderata, mais pour vous faire connaître ce que nous faisions et qui nous étions.

Les médecins des Bureaux de bienfaisance se sont groupés en une société que je suis chargé de représenter devant vous et qui cherche à étudier toutes les améliorations qu'il serait possible d'apporter au service.

C'est ainsi que, récemment, elle s'est adressée au Conseil supérieur de l'Assistance publique, au conseil municipal pour demander que l'assistance médicale soit exclusivement réservée aux indigents (ce qui est loin d'être la vérité), que le corps médical des Bureaux de bienfaisance soit représenté dans toutes les commissions où sa présence serait assurément utile aux indigents et au bon fonctionnement du service, que les malades des Bureaux de bienfaisance soient traités, au point de vue des médicaments, sur le même pied que les malades des hôpitaux, etc.

En outre, la société s'est toujours montrée hostile à la séparation des consultations et du traitement à domicile qui lui paraît une mesure irrationnelle et préjudiciable à l'intérêt des malades.

J'ajouterai que, fort des vœux émis à plusieurs reprises et mûrement étudiés par la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, je me tiens à la disposition de l'assemblée pour toutes les questions qu'elle voudra bien me poser.

Je serais heureux que les médecins des grandes villes de France et surtout les médecins de Lyon, où l'organisation du service hospitalier et du service à domicile est si parfaite, viennent en exposer à leur tour le fonctionnement. De cette façon, je pourrais rendre compte à mes collègues de Paris de tout ce qui s'est fait de bien chez vous, et si nous pouvons réussir, en vous imitant, à être utile à nos concitoyens malheureux, nous aurons ainsi réalisé notre vœu le plus cher.

NOUVELLES

Faculté de médecine. — Concours d'agrégation en médecine. — Le jury du prochain concours d'agrégation (patholog. int. et méd. lég.) est ainsi constitué : Faculté de Paris : MM. Brouardel, Jaccoud, Fournier, Hayem, Joffroy. — Lyon : M. Mayet. — Montpellier : M. Grasset. — Bordeaux : M. Pitres. — Toulouse : M. Herrmann. — Suppléants : MM. Dieulafoy, Landouzy, Brissaud et Ballet.

Ecole de médecine navale de Toulon. — M. Boutin, médecin de première classe de la marine, est nommé professeur de petite chirurgie à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Hôpital des Enfants malades. — Le Dr Jules Simon a repris ses conférences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 21 novembre, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

Etudiants en médecine. — Par arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1894, les étudiants en médecine bacheliers ès lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, sont autorisés à se présenter à l'examen du baccalauréat ès sciences restreint, pendant les sessions qui seront ouvertes à cet effet en mars-avril, et, une dernière fois, en juillet-août 1895.

Corps de santé militaire. — Armée de réserve. — Par décret, en date du 10 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Albert, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Laurent, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-major de première classe de l'armée active retraités Battarel et Gabriel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Chabrol, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — Les 212 docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Guibert, Lambert, Paquet, Pinguat, Clément (M.), Aubert, Lacomme, Renault, Camescasse, Daude-Lagrave,

Veslin, Lireux, Montaigne, Dannic, Hannion, Etlinger, Cautru, Mauclaire, Couvreur, Pekle, Charpine, Trouillet, Teissier, Laban, Guérin, Dupuy, Guyon, Lestra, Clément (M.-J.-F.-H.-P.), Sombret, Orrillard, Gosse, Glover, Lemaire, Claudel, Boularan, Soupault, Julié, Bouju, Diamantberger, Rancurel, Zuccarelli, Vernhes, Lefebvre, Casassus, Sabourand, de Grailly, Chanut, Veydenmeyer, Couvreur.

MM. Calbet, Repelin, Le Bayon, Piflault, Gasnier, Caron, Bayssellance, Gouraud, Guitton, Touvenaint, Escat, Boucheron, Vautier, Encausse, Guignabert, Roux, Bidault, Codet, Gravier, Compagnion, Cassueil, Didsbury, Gobillot, Rouquès, Rey, Deroude, Loréal, Gallois, Rochette, Nageotte, Meige, Grasset, Bellot, Pallier, Moret, Bertrand, Delonnai, Bonnaud, Lestunf, Barbellion, Virey, Minaud, Brodier, Léoncini, Sottas, Moissy, Besnier, Mendel, Roy, Piquet.

MM. Carré, Lapeyre, Magnol, Jeulin, Noir, Nicolle, Martin, Dauly, Guépin, Garnier, Desrosiers, Labrunie, Gagey, Lassalle, Margery, Cadot, Bouju, Levrat, Maureau, Vincenti, Neyra, Selignac, Marcheguet, Boutin, Leblois, Tellier, Bertrand, Viallon, Grelet, Benoît, Picot, Camus, Meinnier, Gilbin, Dorie, Debès, Reynaud, Henry, Camus, Gazzola, Poirier, Léonard, Menu, Sourel, Tézenas du Moncel, Nourigat, Dardenne, Salomon, Pech, Trouillard.

MM. Bouyssou, Bruch, Berthélin, Duval, Aunis, Brou, Guilliou, Colin, Reynès, Bricage, Laurençon, Berceot, Merlin, Faucher, Miquet, Le Fur, Decourt, Cazalas, Charnaux, Martin, Delagrange, Delaroche, Bruchon, Leroux, Tourette, Chantier, Debedat, Gallot, Cassoute, Gouvernaire, Pistre, Legros, Lesimple, Laborde, Franchomme, Prieur, Renard, Chabrié, Nové-Josserand, Chocreaux, César, Vérin, Girard, Bompaire, Lartait, Differdange, Branthomme, Montalescot, Cornet, Jarre.

MM. Pascalis, Fischer, Beulgue, Mével, Bonnet, Clergue, Desbonnet, Loridant, Combalat, Béal, Lambert et Vidal.

— Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Dujardin.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Paillard, Gaudineau, Breteau, Blondel, Bourdillon, Landois, Hatier, Camus, Dichas, Desmartins, Maurange et Auché.

— Par décision ministérielle, en date du 11 octobre 1894, sont désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Collin (H.-E.), pour l'hôpital de Maubeuge (médecin-chef) ; — Marestaing, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Chavasse, pour l'hôpital de Perpignan (médecin-chef) ; — Schrapf, pour le 33e d'artillerie ; — Tournade, pour l'hôpital de Lille ; — Maire, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Godart, pour le 11e cuirassiers ; — Pierron (A.), pour le 13e cuirassiers ; — Atgier, pour le 25e dragons ; — Guérard, pour le 106e d'infanterie ; — Ott, pour la direction du service de santé du 10e corps d'armée et l'hôpital de Rennes ; — Knoll, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied ; Arragon, pour le 79e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Frache, pour le 147e d'infanterie ; — Cuche, pour le 1er du génie. — Fossé, pour le 61e d'infanterie ; — Louis (P.-F.), pour le 133e d'infanterie ; — Trouillet, pour le 2e d'artillerie ; — Roy, pour le 14e d'artillerie ; — Lucy, pour le 26e dragons ; Cauvet, pour les hôpitaux militaires de Tunisie ; — Boursiac, pour le 21e d'artillerie ; — Moinet, pour le 115e d'infanterie ; Cordillot, pour le 5e chasseurs d'Afrique ; — Azam, pour le 23e d'artillerie ; — Descorps, pour le 24e d'artillerie.

— Par décision ministérielle, en date du 11 octobre 1894, les militaires appartenant aux 13e, 14e, 15e, 16e, 17e et 18e corps d'armée, mordus par des chiens atteints ou suspects de rage, cesseront d'être dirigés sur le Val-de-Grâce et seront à l'avenir envoyés à l'hospice militaire de Marseille pour y être soumis au traitement pastorien, à l'Institut antirabique nouvellement créé dans cette ville.

Par suite, les rapports indiquant les circonstances dans lesquelles ces militaires ont été mordus devront être adressés directement à M. le directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 29 octobre 1894, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Bastian, médecin principal des colonies.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe des colonies Guérin et Roussin.

Au grade de médecin de première classe. — M. Pierre, médecin de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Hantz, médecin de deuxième classe de la marine.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 20 novembre 1894, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal. — MM Henri et Calmette, médecins de première classe des colonies.

Les immuniations de chevaux à Garches. — M. Roux, en présence des ressources considérables que la générosité du public et des pouvoirs publics mettaient à sa disposition, avait cru pouvoir promettre qu'à partir du 1er janvier 1895 il serait en mesure de fournir du sérum antidiphtérique à toute la France.

Nous croyons savoir qu'il sera en avance sur ses promesses, et que, vers le 15 ou 20 décembre, l'Institut Pasteur pourra donner satisfaction à toutes les demandes légitimes qui lui parviendront de n'importe quel point du territoire.

Nous ajouterons, parce que nous le savons bien, que ce résultat n'aura pas été obtenu sans peine. On a poussé et on pousse aussi vivement que possible l'immunisation des 75 chevaux qui se trouvent actuellement dans les écuries de Garches, des 30 ou 40 qu'abritent les écuries construites par la Ville à Grenelle, des 30 autres que M. Nocard a logés à Alfort. Il y a donc, actuellement, environ 140 chevaux en train de fabriquer du sérum, et on compte en installer une vingtaine de plus à Garches.

Leur installation à Garches, que nous visitions avant-hier, est vraiment parfaite, c'est-à-dire simple, économique et cependant très suffisante. Ajoutons que, très prochainement, un vétérinaire, choisi par M. Nocard, les aura constamment en surveillance. On est en train d'aménager son logement.

En moyenne, un cheval n'est apte à fournir le sérum qu'après avoir reçu, par doses progressivement croissantes et convenablement espacées, environ un litre de toxine diphtérique, ce qui représente approximativement de 12 à 15 injections.

C'est M. Louis Martin qui dirige l'installation principale

de Garches. Il y vient chaque matin pour injecter les chevaux. Un de ces animaux, plus impressionnable à la toxine qu'on ne le supposait, succombait jeudi dernier à un empoisonnement diphtérique rapide ayant débuté par une paralysie presque subite. A l'autopsie, à laquelle nous assistions par hasard, on a trouvé les lésions qui s'observent en pareil cas chez le cobaye, notamment ces vastes suffusions sanguines qui sont si caractéristiques. Divers organes présentaient des altérations macroscopiques considérables, — le foie surtout, — et seront examinés ultérieurement en détail. C'est le premier cheval qui a succombé aux injections de toxine, bien que, nous le répétons, on soit obligé de les pousser vivement afin d'avoir le plus tôt possible la quantité de sérum indispensable. Il est vrai que, tout en allant vite dans ces immunisations, M. Louis Martin les surveille avec une patience et une attention auxquelles nous nous reprocherions de ne pas rendre hommage.

Cuique suum. (*Bull. méd.*)

L'Association médicale mutuelle du département de la Seine (fondée par Gallet-Lagoguey), qui compte actuellement 220 membres, est en réalité une assurance entre médecins en cas de maladie.

Moyennant une cotisation *mensuelle* de 10 francs, elle assure, en cas d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente, à tout participant, docteur en médecine, quelle que soit sa situation de fortune, *le droit absolu* à une indemnité *quotidienne* de 10 francs.

En outre de cette indemnité-maladie, elle alloue aux héritiers directs, au moment du décès de l'associé participant, une indemnité équivalente à la part proportionnelle des bénéfices réalisés.

Un député étudiant. — M. Bachimont, le concurrent heureux de M. Ed. Robert dans l'arrondissement de Nogent-sur-Seine, vient de vendre la pharmacie qu'il dirigeait dans cette ville depuis un assez grand nombre d'années. Malgré ses 50 ans sonnés, le nouveau député se décide à reprendre ses études de médecine au point où il les avait laissées quand il les abandonna pour la pharmacie. Il estime que la profession de médecin lui permettra de consacrer plus de temps à son mandat législatif.

Détail assez curieux : M. Bachimont a un fils qui, actuellement, est étudiant en médecine. Le père et le fils suivront de conserve les cours de l'Ecole. Voilà qui n'est pas banal.

Les pharmaciens victimes. — Une cuisinière, la dame Reuter, en nettoyant la fenêtre de sa cuisine se blessa légèrement à l'ongle. Elle se rendit à une pharmacie voisine où on lui délivra un flacon d'eau phéniquée très diluée.

La dame Reuter appliqua des lotions sur son doigt malade, mais la douleur ne fit que croître et un beau jour la phalange tomba.

A la suite de ces faits, la plaignante demande au tribunal de lui faire accorder par le pharmacien 2.000 francs de dommages-intérêts.

Le défenseur du pharmacien a expliqué que, chaque jour, on amène des blessés chez les pharmaciens, où un premier pansement d'urgence est indispensable ; l'antiseptique (eau phéniquée) est constamment employé : les pharmacies, conformément à l'usage délivrent de l'acide phénique sans l'ordonnance du médecin.

Le tribunal n'en a pas moins jugé qu'il y avait eu de la part de M. X... inobservation des règlements en délivrant de l'acide phénique sans ordonnance de médecin.

Il l'a, en conséquence, condamné à 25 francs d'amende et 2.000 francs de dommages-intérêts.

L'âne et le bacille. — La diphtérie vaincue par le cheval, l'âne serait-il appelé à triompher de la tuberculose ? Un médecin suisse, le Dr Viquerat, le croit et s'empresse, peut-être un peu hâtivement, de nous l'annoncer par la voie des journaux politiques.

Le Dr Viquerat, partant de ce fait que le lait d'ânesse jouit depuis longtemps de la faveur populaire dans le traitement de la phtisie pulmonaire, et que les ânes et les mulets ne deviennent pas d'ordinaire tuberculeux, a noté d'autre part que l'inoculation de matière tuberculeuse ne produit chez ces animaux qu'une tuméfaction locale suivie bientôt d'une induration cicatricielle, mais sans suppuration ni caséification.

Si on injecte des produits tuberculeux dans la veine jugulaire de l'âne, on détermine une tuberculose miliaire des poumons, mais sans fièvre ni transformation caséeuse ultérieure. Au bout de quarante-cinq jours, les granulations ont disparu, et si on examine les organes à ce moment, on ne trouve aucune trace de bacilles ni de lésions appréciables des poumons. L'animal ne paraît pas malade à la suite de l'inoculation et possède au contraire un appétit extraordinaire. Enfin, ingérés par la bouche, les produits tuberculeux ne déterminent chez l'âne ni engorgement ganglionnaire ni lésion intestinale.

Le Dr Viquerat conclut de là que l'âne possède une immunité naturelle contre la tuberculose, et que ses tissus et son sang renferment une substance qui s'oppose au développement du bacille de Koch. Inoculé avec de la matière tuberculeuse, l'animal produirait, d'après M. Viquerat, en plus grande quantité cette substance antituberculeuse. Le sang de l'âne, quarante-cinq jours après l'inoculation, posséderait une très grande puissance bactéricide.

Toutefois, les seules expériences que M. Viquerat paraît avoir faites pour justifier ces données n'ont porté que sur quelques cobayes. Ces animaux rendus tuberculeux, puis soumis à des injections quotidiennes de sérum d'âne, ont guéri ; quelques-uns sont encore en bon état au bout d'une année.

Chez l'homme, M. Viquerat a employé son sérum antituberculeux en injections sous-cutanées à la dose de 10 cc. par jour. 25 tuberculeux ont été ainsi traités ; 12, d'après l'auteur, sont complètement guéris ; sur les 12 autres, 10 sont en voie d'amélioration.

Que faut-il penser de ce nouveau traitement ? Il est difficile encore de se faire une opinion. L'âne réussira-t-il là où la chèvre et le chien ont échoué ?

La langue internationale scientifique. — La question de la langue internationale semble sur le point d'être résolue. Et la solution paraît devoir être celle que la diplomatie a adoptée depuis le traité de Westphalie, c'est-à-dire l'emploi de la langue française.

Ce sont les journaux russes qui, à l'occasion du Congrès de Moscou, ont soulevé de nouveau cette question et, à l'unanimité, ils ont conclu dans le sens que nous venons d'indiquer.

« Ce n'est pas en vain, dit le *Vratch*, le principal organe de la médecine russe, que la diplomatie, qui tient beaucoup plus au nationalisme que la science médicale, a adopté la langue française pour les relations internationales. Il ne nous reste qu'à suivre l'exemple des diplomates. Le français est la langue la plus répandue et la plus populaire

dans les classes intelligentes de toute l'Europe. Si les Anglais considèrent, d'après les statistiques, leur langue comme étant la plus répandue, cela ne saurait s'appliquer qu'aux colonies, mais non au continent européen. »

Un des plus importants des journaux de médecine allemands, le *Deutsche medizinische Wochenschrift*, s'est aussi prononcé pour l'adoption du français comme langue officielle des Congrès internationaux.

Les Anglais et les Américains seront probablement plus difficiles à convaincre.

Mais l'idée est maintenant lancée. Un jour ou l'autre elle aboutira. Espérons que les Russes réussiront à la faire triompher dès le prochain Congrès international de Moscou

(*Méd. Moderne.*)

XIIIe Exposition de Bordeaux. 1895. — Le règlement général de l'Exposition publié au mois de janvier dernier portait (Art. 3) que les demandes d'admission d'exposants devaient parvenir au Secrétariat général de la Société Philomathique avant le 1er octobre 1894. Cette date a été modifiée et le délai de réception de ces demandes a été reporté jusqu'au 31 décembre 1894.

Il importe néanmoins que les personnes désireuses de figurer à l'Exposition de Bordeaux se fassent connaître dans le plus bref délai possible, en envoyant dès maintenant leur bulletin de demande d'admission revêtu de toutes les indications susceptibles de fixer la Société Philomatique sur leurs intentions, notamment au sujet de l'espace et des emplacements qu'elles désirent occuper.

Ces bulletins ainsi que tous autres documents sont tenus à la disposition des intéressés dans les bureaux de la Société, 4, cours du XXX-Juillet, ou leur seront expédiés sur demande adressée au Secrétariat général.

Les doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Poitiers. — M. le Dr J. Jablonski nous donne, dans le *Poitiers médical*, la liste suivante des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Poitiers :

1.	Jacques Porchet	1431-14..?.
2.	Rodolphe de Vasthine	14..?-1501.
3.	Barthélemy Perreau	1501-1504.
4.	Nicolas Michel	1504-1559.
5.	François Pidoux I	1559-1577.
6.	François Coytard	1577-1590.
7.	François Ulmeau I	1590-1594.
8.	Jean Pidoux	1594-1610.
9.	Pierre Milon	1610-1616.
10.	Paschal Le Coq	1616-1634.
11.	François Citoys	1634-1652.
12.	François Pidoux II	1652-1662.
13.	François Carré	1662-1663.
14.	François Ulmeau II	1663-1683.
15.	Pierre Fouqueteau	1683-1701.
16.	Joseph de Lugré	1701-1709.
17.	Charles Fontenette I	1709-1710.
18.	André Denesde	1710-1734.
19.	Philippe Mauduyt	1734-1745.
20.	Charles Fontenette II	1745-1757.
21.	Joseph-Blaise Mauduyt	1757-1778.
22.	Charles Pallu	1778-1793.

Rues de Paris. — Le Conseil municipal vient de donner à diverses rues de Paris les noms de plusieurs de nos confrères : la rue Sainte-Marguerite (Xe arrondissement) portera le nom de rue Trousseau; la rue des Sous-Vaillants (XIIIe arrondissement) s'appellera rue Charcot ; la rue Saint-François-de-Sales (même arrondissement) rue Daviel ; une rue du XIVe arrondissement, rue Marié-Davy ; une rue du XVIIe arrondissement, rue Milne-Edwards.

Nécrologie. — Le Dr Delétang, de Bizerte (Tunisie). — Le Dr Bonafous, de Salindres, reçu en 1877. — Le Dr Gingibre, de Balance-les-Bains (Hérault), reçu en 1877. — M. Martin, médecin à Romillies (Nord). — Le Dr Salmon, de Chartres, reçu en 1845. — M. Seché, médecin à Le May (Maine-et-Loire), reçu en 1886. — Le Dr Gallois, ancien chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, décédé à la Verpillière (Isère), à l'âge de 73 ans. — Le Dr Chapman, de Paris, très connu dans la colonie anglaise. — M. Lacombe-Malterre (Gustave), de Paris, décédé le 27 novembre, à l'âge de 31 ans.

Maison de convalescence à céder de suite, pour raison de santé, située aux portes de Paris. Fondée depuis trente-quatre ans. Conviendrait à un jeune médecin.

S'y adresser : 59, Grande-Rue de la République, 59. — Saint-Mandé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies par la Gymnastique suédoise, par T.-J. Hartelius, professeur à l'Institut central de Gymnastique de Stockholm. Traduction française de la troisième et dernière édition suédoise avec 100 figures intercalées dans le texte par Emile Fick, lieutenant au 1er régiment d'artillerie de campagne de l'Armée suédoise, diplômé de l'Institut central de Gymnastique de Stockholm, et le Dr Charles Vuillemin, médecin-major de 2e classe à l'Ecole normale militaire de Gymnastique et d'Escrime de Joinville-le-Pont. Volume de 360 pages. — Prix : 6 francs. (Avec nombreuses figures dans le texte.) — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Guide pratique de l'extraction des dents, à l'usage du médecin, suivi de la description de la greffe dentaire par restitution immédiate, par le Dr Bruneau. Prix : 3 francs, cartonné à l'anglaise. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

De l'affection gastro-intestinale chez le nourrisson (*Pathogénie et traitement*), par le Dr E. Thiercelin, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hospice des Enfants-Assistés, lauréat de l'Académie de médecine. — Prix : 4 francs. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*